RELATÓRIO DE LEVANTAMENTO AUDITORIA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

TC 021.066/2013-2 Fiscalis 530/2013

Ministro Relator: Benjamin Zymler

Modalidade: Levantamento

Ato originário: Despacho de 12/7/2013 do Relator, Ministro BENJAMIN ZYMLER (TC 019.167/2013-0)

Objetivo: obter diagnóstico dos principais problemas da atenção hospitalar no Estado do Rio de Janeiro

Ato de designação: Portaria de Fiscalização Secex-RJ 1.085/2013, alterada pela Portaria de Fiscalização Secex-RJ 1.128/2013

Período abrangido pelo levantamento: exercícios de 2012 a junho de 2013

Período de realização do levantamento: planejamento de 31/7 a 15/8/2013; execução de 16/8 a 12/9/2013 e relatório de 13/9 a 30/9/2013

Composição da equipe nas fases de planejamento, execução e relatório

Auditor	Matrícula	Lotação
Laura Avila Berlinck (coordenadora)	8173-6	Secex-RJ
Fabio Chevitarese de Avila	4581-0	Secex-RJ

Unidades colaboradoras: Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Secretarias de Saúde do Município do rio de Janeiro e outros órgãos e entidades.

Vinculação ministerial: Ministério da Saúde

Vinculação no TCU: Secretaria de Controle Externo no Estado do Rio de Janeiro (Secex-RJ)

Responsáveis:

João Marcelo Ramalho Alves
Diretor do Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro

Sérgio Luiz Côrtes da Silveira
Secretário Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Hans Dohmann
Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ

Alberto Costa de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde de Armação dos Búzios/RJ

Edson Washington Andre Cosendey
Secretário Municipal de Saúde de Cachoeira de Macacu/RJ

Armando Ermínio de Nijs
Secretário Municipal de Saúde de Casimiro de Abreu/RJ

Bruno Soares Cordeiro
Secretário Municipal de Saúde de Guapimirim/RJ

Favio dos Santos Antunes

Secretário Municipal de Saúde de Macaé/RJ

Francisco José D'Angelo Pinto
Secretário Municipal de Saúde de Niterói/RJ

Eliana Cruz Vieira
Secretária Municipal de Saúde de São Jose do Vale do Rio Preto/RJ

Cícero Eutrópio Magalhães
Coordenador do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro

Tereza Navarro
Diretora do Hospital Federal do Andaraí

Dílson Pereira
Diretor do Hospital Estadual Albert Schweitzer

Ricardo Kornalewski
Diretor substituto do Hospital Municipal Salgado Filho

Yvo Perrone
Diretor do Hospital Municipal Souza Aguiar

Suzana de Queiroz Alves
Coordenadora dos trabalhos da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde no âmbito da Defensoria Pública da União

Resumo

1. O presente levantamento faz parte de relatórios sistêmicos que, por determinação do Presidente Augusto Nardes, serão realizados sobre funções de governos. Entre os relatórios a serem produzidos está o Relatório Sistêmico da Saúde, em que um dos capítulos tratará sobre a assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Dessa forma, foi autorizada a realização de levantamento visando conhecer a organização e o funcionamento dos programas, órgãos e entidades da assistência hospitalar deste Estado, bem assim identificar seus principais problemas e definir objetos e instrumentos para possíveis fiscalizações futuras.

3. As informações necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos foram coletadas por meio de entrevistas com os gestores do Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro (DGH/RJ), da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES), Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS/RJ), do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro (Nerj), dos Hospitais: Federal do Andaraí, Estadual Albert Schweitzer, Municipal Salgado Filho e Municipal Souza Aguiar. Além disso, foi realizada entrevista com uma das coordenadoras dos trabalhos da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde da Defensoria Pública da União, enviado questionários aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de 7 municípios não abrangidos pela denominada região metropolitana do Rio de Janeiro, bem como efetuada análise da documentação e dos normativos mais relevantes.

4. Em síntese, do trabalho executado, observa-se que as principais questões referentes à assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro são: a carência de médicos devido aos salários pouco atrativos se comparado com os de mercado, deficiência na regulação assistencial e aumento de casos de complicações decorrentes de tuberculose registrados nos hospitais do Rio de Janeiro.

Lista de siglas

A

AGU - Advocacia Geral da União

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

APH - Adicional por plantão hospitalar

C

CER - Central Estadual de Regulação

CERs - Coordenações de Emergência Regional

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRAC - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Cosocial - Coordenação Geral de Controle Externo da Área Social

CRLS - Câmara de Resolução de Litígios de Saúde

CTI – Centro de Terapia Intensiva

D

DGH/RJ - Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro

DPE/RJ - Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

DPU - Defensoria Pública da União

E

E-SUS - Sistema Único de Saúde desenvolvido pelo Ministério da Saúde

Ergon - Sistema de gerenciamento de recursos humanos utilizado pela Prefeitura do Rio de Janeiro.

F

Fincon - Sistema informatizado da Prefeitura do Rio de Janeiro utilizado para controle financeiro e contábil

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FES - Fundo Estadual de Saúde

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

H

HFA - Hospital Federal do Andaraí

HEAS - Hospital Estadual Albert Schweitzer

HMSF - Hospital Municipal Salgado Filho

HMSA - Hospital Municipal Souza Aguiar

HOSPUB - Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar fornecido pelo Ministério da Saúde

I

IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro

INC - Instituto Nacional de Cardiologia

K

Klinikos - Sistema privado de gestão hospitalar utilizado pelo Governo do Rio de Janeiro

M

MAC - Limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

N

NAQH - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

Nerj - Núcleo Estadual no Rio de Janeiro

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

O

OSS - Organizações Sociais de Saúde

P

PAS - Plano Anual de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PGE - Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro

PPI - Programação Pactuada Integrada

PS - Plano de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

R

RAG - Relatório Anual de Gestão

S

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Secex-RJ – Secretaria de Controle Externo no Estado do Rio de Janeiro

Secex-Saúde - Secretaria de Controle Externo da Saúde

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos

SER - Sistema Estadual de Regulação

SES/RJ - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

SMS/RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

T

TCU - Tribunal de Contas da União

TISS - Troca de Informações na Saúde Suplementar

U

UTI - Unidade de Tratamento Intensiva

Sumário

1. Introdução

Antecedentes

1.1. O Tribunal de Contas da União, por determinação do seu Presidente Ministro Augusto Nardes, está realizando relatórios sistêmicos sobre específicas funções de governo, dentre os quais se encontra o relatório sistêmico da função saúde (Relatório Sistêmico da Saúde).

1.2. O Relatório Sistêmico da Saúde será dividido em capítulos, sendo um deles referente à assistência hospitalar no SUS. Este capítulo visa apresentar consolidação em nível nacional das informações levantadas pelas Secretarias de Controle Externo localizadas nos estados e da Secex-Saúde (localizada em Brasília/DF – TCU sede), de forma a obter um diagnóstico dos principais problemas da atenção hospitalar.

1.3. Nesse contexto, mediante Despacho do Ministro-Relator Benjamin Zymler no âmbito do TC 019.167/2013-0, foi autorizada a realização do presente levantamento de auditoria.

Objeto da Auditoria

1.4. A realização do presente levantamento de auditoria tem como objeto a assistência hospitalar no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

Escopo e Objetivos da auditoria

1.5. O escopo deste trabalho é conhecer a organização da assistência hospitalar no Estado Rio de Janeiro, com o objetivo de identificar seus principais problemas e definir objetos e instrumentos para possíveis fiscalizações futuras.

Metodologia

1.6. As informações necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos foram coletadas por meio de entrevistas com os gestores do Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro – DGH/RJ, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ, Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro – SMS/RJ, do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro – Nerj.

1.7. Também foram entrevistados uma das coordenadoras dos trabalhos da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde da Defensoria Pública da União (CRLS) e gestores de 4 unidades hospitalares visitadas, selecionadas com base na relevância local e capacidade de leitos cirúrgicos, clínicos, UTI e emergência: Hospital Federal do Andaraí, Estadual Albert Schweitzer, Municipal Salgado Filho e Municipal Souza Aguiar.

1.8. Além disso, foram requisitadas informações acerca de indicadores hospitalares aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de 7 municípios não abrangidos pela região metropolitana do Rio de Janeiro, cujos dados serão colecionados e analisados pela Secex-Saúde.

1.9. No mais foi efetuada análise da documentação e dos normativos mais relevantes.

2. Visão Geral

Contextualização

2.1. A Constituição de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e dever do estado, definindo como princípios da organização do sistema de saúde: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular.

2.2. A fim de alcançar os objetivos preceituados, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema que conta com um conjunto de instituições, dos três níveis de governo e do setor privado, contratado e conveniado, que interagem para um fim comum.

2.3. Nesse contexto, a Lei 8.080, de 19/9/1990, lei orgânica do Sistema Único de Saúde, estabeleceu que as ações e serviços de saúde seriam organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. As ações e serviços do SUS são classificados em: atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade.

2.4. A atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários do SUS, a principal porta de entrada. Este nível de atenção caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

2.5. A média complexidade envolve ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Já a alta complexidade pode ser definida como conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando proporcionar à população o acesso a serviços qualificados. Nesse contexto, é nos hospitais (assistência hospitalar) que se concentram os serviços de média e alta complexidade.

Financiamento

2.6. O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde são repassados Fundo a Fundo, ou seja, são transferidos de forma regular e automática, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais (FES e FMS), independente de convênios ou instrumentos similares, por meio de blocos de financiamento.

2.7. A legislação estabeleceu os seguintes blocos de financiamento: atenção básica; atenção média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde (Portaria GM/MS 204/2007 e Portaria GM/MS 837/2009).

2.8. A assistência hospitalar é financiada basicamente pelo bloco da média e alta complexidade, sendo este constituído por dois componentes: limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) e fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC).

2.9. O MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente, fundo a fundo, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI).

2.10. Quanto ao FAEC, os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados por esse componente serão gradativamente incorporados ao componente limite financeiro MAC dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O FAEC é composto por recursos destinados ao financiamento dos procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC); dos transplantes e procedimentos vinculados; das ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; dos novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à incorporação à sua agregação ao limite MAC. O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde são repassados Fundo a Fundo, ou seja, são transferidos de forma regular e automática, diretamente do

Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais (FES e FMS), independente de convênios ou instrumentos similares, por meio de blocos de financiamento.

2.11. Em 2012, as transferências de recursos federais do SUS para a média e alta complexidade representaram R$ 31,9 bilhões, sendo R$ 2,7 bilhões para o Estado do Rio de Janeiro.

2.12. Cabe ressaltar que os Hospitais e Institutos Federais localizados no Rio de Janeiro são orçamentados e executaram um montante em 2012 de 1,45 bilhão de reais. Já os Hospitais Universitários Federais executaram um montante superior a 183 milhões de reais para este mesmo ano.

Instrumentos de Gestão do SUS

2.13. Para permitir alcançar os objetivos preceituados na Constituição, foram instituídos instrumentos de planejamento e gestão no âmbito do SUS.

2.14. Nesse contexto, a Lei 8.080/1990 estabeleceu que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

2.15. Para tanto, definiu como uma das atribuições dos entes a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde (PS). Os planos de saúde consolidam, em cada esfera de gestão, o processo de planejamento do SUS para o período de quatro anos.

2.16. Já a Programação Anual de Saúde (PAS) contém, de forma sistematizada, as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente.

2.17. Nesse sentido, o Relatório Anual de Gestão (RAG) apresenta os resultados e acompanha o cumprimento de metas estabelecidas na PAS. O RAG deve ser submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente.

2.18. Importante ressaltar que o Pacto pela Saúde 2006, conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão, estabeleceu diretrizes para promover inovações nos processos e instrumentos de gestão.

2.19. Os municípios gestores plenos do sistema ou os que assinaram o Pacto pela Saúde são responsáveis pela atenção integral à saúde de todos os seus munícipes e oferecimento da Assistência à saúde em todos os níveis de atenção, seja esta atenção básica, média ou alta complexidade.

2.20. Estes municípios recebem recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. São os gestores de seus territórios, cabendo a estes a contratualização com os prestadores de serviço, tendo em vista que o prestador obedece a um único gestor. Hoje temos em vigor a Programação Pactuada Integrada (PPI), que viabiliza a execução destas ações de saúde.

2.21. A Programação Pactuada Integrada (PPI) planeja a assistência de recursos federais e estaduais para a execução dos serviços de saúde de média e alta complexidade. A PPI reorienta a alocação de recursos e redefine os limites financeiros para todos os municípios do Estado. O principal objetivo da PPI é efetuar programações assistenciais, em que são definidos quantos e quais serviços de saúde a população terá acesso em seu município, e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e as redes assistenciais.

2.22. Em 2011, o Decreto 7.508 regulamentou a Lei 8.080/1990 estabelecendo que cada estado deve se organizar em regiões de saúde. Estas são definidas como um agrupamento de municípios limítrofes delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

2.23. Com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, o referido decreto estabeleceu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), acordo de colaboração firmado entre entes federativos, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. Ressalta-se que este é um novo instrumento de gestão do SUS, ainda em fase de elaboração/implementação no Estado do Rio de Janeiro.

2.24. A fim de se adequar as novas diretrizes trazidas pelo Decreto 7.508/2011, o Estado do Rio de Janeiro se organizou nas seguintes regiões de saúde: Baía da Ilha Grande; Baixada Litorânea; Capital; Centro-Sul; Médio Paraíba; Metropolitana I; Metropolitana II; Noroeste; Norte e Serrana.

Rede Hospitalar do SUS

2.25. A rede hospitalar do SUS no Estado do Rio de Janeiro é formada por unidades que estão sob administração das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde (Hospitais e Institutos Estaduais e Municipais) e Ministério da Saúde (Hospitais e Institutos Federais); além destas, incluem-se os Hospitais Universitários, unidade hospitalares da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rede Sarah e as unidades privadas e filantrópicas credenciadas ao SUS. Comparativamente ao restante do País, o Estado do Rio de Janeiro possui uma das maiores concentrações de leitos hospitalares.

2.26. Apesar de a oferta de leitos do Estado do Rio de Janeiro (3,32 leitos por mil habitantes, considerando os públicos e privados) superar o parâmetro estipulado na Portaria GM/MS 1.101/2002 (2,5 a 3 leitos por mil habitantes), foi constatada que a quantidade de leitos disponíveis não consegue suprir a demanda atual.

2.27. Uma das causas é a distribuição não homogênea destes leitos pelas regiões de saúde. Por exemplo, a Região Norte conta com 4,1 leitos por mil habitantes enquanto a Região de Saúde Baía Ilha Grande, apenas 1,2, conforme dados extraídos do Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro (http://www.saude.rj.gov.br/informacao-em-saude/543-caderno-de-informacoes-em-saude-2009.html, acessado em 19/9/2013).

2.28. A outra causa está relacionada ao próprio cálculo da Portaria GM/MS, uma vez que a estimativa da necessidade de leitos hospitalares é dada em função apenas da população, sem levar em conta outras variáveis como: a frequência de uso do leito, ou, ainda, o tempo médio de permanência do leito. O que pode subestimar o cálculo da necessidade de leitos.

2.29. Ademais, a população do Rio de Janeiro envelheceu, o aumento do número de pessoas idosas acima dos 60 anos de vida ocasionaram mudanças no perfil epidemiológico. Verificou-se nos últimos anos o crescimento da incidência de doenças crônicas na população. As doenças crônicas geram o aumento da dependência hospitalar, bem como majoram o tempo de permanência de cada internação.

2.30. Por outro lado, destaca-se que, segundo a SMS/RJ estão sendo implementadas ações que visam diminuir o tempo de permanência, bem assim a necessidade de hospitalização, o que pode redundar na superestimação da necessidade de leitos calculada com base nos critérios da Portaria GM/MS 1.101/2012, tais como:

a) desenvolvimento de altas hospitalares para atenção domiciliar (*home care*);

b) altas hospitalares para instituições de internações prolongadas em leitos de longa permanência; reabilitação ambulatorial;
c) desinstitucionalização psiquiátrica e as técnicas e avanços de tratamento multidisciplinar ambulatorial em Saúde Mental;
d) práticas ambulatoriais de média e alta complexidade clínica e cirúrgica, com todas as escopias, evitando internações hospitalares;
e) desenvolvimento da territorialização da Atenção Primária, incluindo a Promoção de Sáude, minimizando a instalação de doenças e a sua evolução negativa até o ponto de necessitar internação hospitalar;
f) Assistência Farmacêutica ambulatorial acoplada a Atenção primária, contribuindo para melhor acesso a medicamentos, o que também reduz a necessidade de internação hospitalar;
g) instalação por proporcionalidade populacional de, em média, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para cada 250 mil habitantes, criando e aumentando a resolutividade pré-hospitalar de urgência e emergência em muitos casos clínicos, fazendo com que o tratamento mais rápido e efetivo de doenças agudas clínicas e cirúrgicas contribua para reduzir internação hospitalar ou seu tempo médio de permanência internado.

2.31. Nesse sentido, destaca-se a análise efetuada pelo gestor pleno da Cidade do Rio de Janeiro:

> A QUESTÃO CENTRAL E CRUCIAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR E SEUS LEITOS NÃO É DE QUANTIDADE BRUTA E SIMPLES COMO SUGERE ESTA DESATUALIZADA PORTARIA [Portaria GM/MS 1.101/2012], ALÉM DE EQUIVOCADAS E SIMPLISTAS VISÕES E INTERPRETAÇÕES, AINDA QUE BEM INTENCIONADAS, MAS DE ADEQUADA INSERÇÃO EM UM SISTEMA DE SAÚDE EQUILIBRADO EM TODAS AS SUAS FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE, BEM COMO LEITOS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE, RESOLUTIVIDADE E EFETIVIDADE EXPRESSOS POR ACESSO REGULADO E MENORES TEMPOS MÉDIOS DE PERMANÊNCIA. **Se fizermos e entendermos diferentes, corremos o risco de construir uma rede hospitalar pesada, ineficiente, lenta e não resolutiva, além de cara e perdulária**. (Resposta ao Ofício de Requisição 8/2013 – peça 71) – grifamos.

2.32. Não obstante, mesmo em face das críticas impostas à Portaria GM/MS 1.101/2012, o gestor supracitado apresenta uma análise do panorama da necessidade de leitos no Município do Rio de Janeiro, considerando a capacidade de leitos hospitalares SUS, sopesando a cobertura populacional por plano de saúde (Saúde complementar), nos seus diferentes níveis. Sublinhe-se que esta cobertura, no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro, por vezes ultrapassa 30%, dependendo da área considerada.

2.33. Abaixo seguem: tabela 1, formulada com base nos parâmetros preconizados pela Portaria GM/MS 1.101/2012, e tabela 2, apresentada em resposta ao Ofício de Requisição 8/2013, considerando as ponderações retromencionadas.

Tabela 1: comparativo entre o total de leitos preconizados pela Portaria 1.101/2012 e os leitos SUS existentes na Cidade do Rio de Janeiro

Leitos por Especialidades	Nº absoluto de leitos Portaria GM/MS nº 1.101	Necessidade população 6.320.000/ hab	Nº Leitos SUS	Saldo
Cirúrgica	0,44	2.781	3.759	978
Clínica Médica	0,78	4.930	3.160	-1.770
Cuidados Prolongados	0,16	1.011	531	-480
Obstétrica	0,28	1.770	1.179	-591

Leitos por Especialidades	Nº absoluto de leitos Portaria GM/MS nº 1.101	Necessidade população 6.320.000/ hab	Nº Leitos SUS	Saldo
Pediátrica	0,41	2.591	911	-1.680
Psiquiátrica	0,45	2.844	1802	-1.042
Reabilitação	0,14	885	16	-869
UTI Adulto	1 a 3	1.264	671	-593
UTI Pediátrica	0,41	2.591	114	-2.477
UTI Neonatal	5 leitos/1000 NV	455	315	-140

OBS: total de nascidos vivos (NV) no Município do Rio de Janeiro em 2012 foi de 91.771 nascimentos com vida.

Tabela 2: Total de leitos no Município do Rio de Janeiro e o Déficit das principais especialidades

Leitos por Especialidades	Nº absoluto de leitos sobre total da população (recomendado)	Nº Leitos não SUS	Nº Leitos SUS	Necessidade apenas de leitos SUS	Saldo	Unidade de Medida
Cirúrgica	0,44	3,674	3.759	2.781	4.652	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	0,78	4.409	3.160	4.930	2.639	Leitos/1.000hab.
Cuidados Prolongados (Crônico)	0,16	531	769	1.011	289	Leitos/1.000hab.
Obstétrica	0,28	627	1.179	1.770	36	Leitos/1.000hab.
Pediátrica (enfermaria)	0,41	562	911	2.591	-1.118	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	0,45	1216	1802	2.844	174	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	0,14	24	16	885	-845	Leitos/1.000hab.
UTI Adulto	1 a 3	2.298	671	1.264	1.705	Leitos/10.000hab.
UTI Pediátrica	0,41	180	114	2.591	-2.297	Leitos /1.000hab.
UTI Neonatal	10% do total de nascidos	840	315	0	700	10% do total de nascidos

2.34. Além disso, a ventilada carência de leitos é devida também em função da não eficiência da gestão dos leitos, que é visualizada quando se verifica como é feita a regulação do acesso no Rio de Janeiro.

Regulação

2.35. A Política Nacional de Regulação do SUS, instituída pela Portaria GM/MS 1.559/2008, descreve três dimensões, quais sejam: 1ª) Regulação de Sistemas de Saúde: define macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos; 2ª) Regulação da Atenção à Saúde: é exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Define estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, tendo como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, por meio da produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, sendo direcionada aos prestadores públicos e privados; 3ª) Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem por finalidade a organização, o gerenciamento e a priorização do acesso

e dos fluxos assistenciais no SUS. A área técnica da regulação assistencial é composta por estruturas denominadas Complexos Reguladores, e estes comportam as Centrais de Regulação, que podem ser de três tipos: Urgência; Internações; e Consultas e Exames.

2.36. Destaca-se que a regulação assistencial é a principal estratégia do Ministério da Saúde para a construção da rede regionalizada e hierarquizada do SUS. É também um importante instrumento de gestão, que tem como principal objetivo promover a equidade de acesso, garantindo a integralidade da assistência e o ajuste da oferta de serviços disponíveis às necessidades da população.

2.37. A estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso é o complexo regulador, que possui abrangência e estrutura pactuadas entre governos, podendo ser: municipal, regional e estadual.

2.38. Neste contexto, a nota técnica do Ministério da Saúde 25000-197011/2011-95 esclarece que não há modelo único de responsabilidade pela regulação, mas princípios que devem reger esta função, considerando-se as referências e as pactuações intergestores para a construção e implementação destes modelos.

2.39. No Estado do Rio de Janeiro foram pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, por meio da Deliberação CIB-RJ 1128, de 11 de novembro de 2010, as diretrizes do complexo regulador do Estado, a saber (http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib.html, acessado em 19/9/2013):

> Art. 1º - Aprovar as Diretrizes para o funcionamento do Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro.
>
> § 1 - Implantação das Centrais Municipais de Regulação nos 92 municípios – Os CGRs [Colegiados de Gestão Regional] encaminharão Planos de Implantação dos Complexos Reguladores da Região, para ser pactuado, na CIB de fevereiro de 2011. Nos municípios em que houver Centrais Regionais Estaduais a regulação se dará em co-gestão, não havendo necessidade de uma nova Central.
>
> § 2 - Cada prestador responde a um único gestor.
>
> § 4 - A execução da referência intermunicipal se dará pelo município executante da mesma.
>
> § 5 - A supervisão das referências intermunicipais se dará pelo gestor estadual.
>
> § 6 - A execução das referências interestaduais é competência do gestor estadual.
>
> § 7 - As contratações de serviços assistenciais no âmbito do SUS deverão respeitar o perfil de atendimento do prestador e sua inserção no atendimento regional pactuado em CIB.
>
> § 8 - O sistema informatizado no estado será o SISREG ou deverá possuir interface compatível com o mesmo. O SER será adotado até que o sistema elegido esteja apto para utilização. Os sistemas de informação e os procedimentos operacionais em uso deverão se adequar as diretrizes e fluxo proposto entre as diversas esferas.
>
> § 9 - Fica vedado a discriminação de pacientes pelo local de residência, respeitadas as referências pactuadas.
>
> § 10 - A capacitação e educação permanente das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo, para a operacionalização das ações de regulação caberá ao gestor municipal, estadual e federal.
>
> Art. 2º - Esta Deliberação entrará em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

2.40. A Secretaria Estadual de Saúde possui 8 centrais regionais e uma central estadual, a saber: Central Estadual de Regulação (CER); Metro I (junto com a CER); Metro II (junto com a CER); Baixada Litorânea (Cabo Frio); Centro-Sul (Três Rios – Cogestão); Serrana (Teresópolis); Médio Paraíba e Baía Ilha Grande (Volta Redonda); Norte (Campos – Cogestão) e Noroeste (Itaperuna).

2.41. Importante destacar que a CER regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermedia o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal. Já as centrais regionais apenas regulam o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermedia o acesso da população referenciada às unidades de gestão municipal.

2.42. Em relação aos projetos de Complexos Reguladores Municipais, desde 2009, foram pactuados na Comissão Intergestores Bipartite 40 projetos de implantação, sendo que somente 6 foram homologados pelo Ministério da Saúde.

2.43. Segundo informações constantes no sítio do Ministério da Saúde estão homologadas e com SISREG implantados 10 Complexos Reguladores Municipais (ambulatorial e/ou internação). São eles: Barra Mansa, Itaboraí, Nova Friburgo, Piraí, Resende, Rio Bonito, Rio de Janeiro, Três Rios, Valença e Volta Redonda.

2.44. Verifica-se que a maioria dos Municípios do estado não possui complexo municipal de regulação, ou seja, esses leitos municipais não sofrem regulação, uma vez que a CER e as Centrais Regionais somente regulam os leitos das unidades próprias do estado.

2.45. O que se observou na Cidade do Rio de Janeiro, município que possui Complexo Municipal de Regulação e Complexo Estadual de Regulação, foi a falta de integração efetiva das centrais de regulação, o que resulta na gestão não eficiente dos serviços disponíveis, bem como em uma possível contratação de serviços particulares em detrimento de uma capacidade instalada ociosa.

2.46. Isto em parte se deve ao fato de que os sistemas utilizados pelas centrais não possuírem interface. O Município, gestor pleno, utiliza o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, já o gestor estadual utiliza o Sistema Estadual de Regulação – SER.

2.47. Outro problema relatado foi de que não houve planejamento adequado para a implementação da regulação, isso porque a regulação não foi planejada por linhas de cuidado. A oferta de consultas/exames e procedimentos inseridos nos sistemas de regulação foi de autonomia da unidade executante. Não houve, portanto, demanda do gestor local quanto ao que seria necessário, considerando o perfil assistencial das unidades hospitalares.

2.48. Desse modo, os instrumentos básicos para a implementação efetiva da regulação precisam ser criados/consolidados, sendo eles, protocolos clínicos e de regulação; perfis assistenciais definidos; CNES atualizados; planos de regionalização elaborados.

2.49. Os gestores dos hospitais visitados ainda informaram que encontram dificuldade em referenciar pacientes para a rede, principalmente para terapia intensiva; cirurgias vascular, neurológia, oncológica, toráxica e urológica; consultas com urologista, oncologista e neurologista. Também relataram dificuldades em conseguir garantir vagas nas unidades básicas para pacientes de baixo risco que procuram a emergência como porta de entrada.

2.50. Os gestores ainda citam que nem todos os leitos são efetivamente disponibilizados para a rede, em especial os leitos federais (hospitais e institutos), universitários (federais e estaduais) e da Rede Sarah. Além disso, informam que ainda acontecem internações fora do sistema de regulação.

3. Serviços Hospitalares

Emergência

3.1. As emergências hospitalares são, idealmente, unidades de tratamento para pacientes em situações graves e perigosas que exigem ação imediata. Contudo, ao contrário do imaginado, as emergências hospitalares no Rio de Janeiro se caracterizaram ao longo dos anos como uma das principais portas de acesso ao sistema de atenção à saúde.

3.2. A excessiva procura pelas emergências hospitalares pode ser creditada a histórica dificuldade na marcação de consultas ambulatoriais, consubstanciadas em filas de espera para realização do primeiro atendimento. Tem-se que muitas vezes a espera ao devido tratamento se prolonga em virtude da necessidade de exames de diagnósticos complementares não disponíveis nos postos de saúde, forçando o paciente a procurar outras unidades de saúde com maiores recursos.

3.3. Além disso, releva notar que o horário de funcionamento dos postos de saúde ocorre, geralmente, dentro dos limites do horário comercial (entre as 8 e 17hs), complicando o acesso de parte da população trabalhadora.

3.4. Nesse cenário, ocorre que uma expressiva demanda de pacientes prefere buscar tratamento diretamente na emergência de uma unidade hospitalar, cujo atendimento ocorre 24hs por dia, onde há uma variedade de clínicas médicas especializadas e capacidade de realização de exames complementares de maior complexidade, bem como, caso necessário, possibilidade de internação imediata. Ou seja, ao contrário do idealizado, as emergências hospitalares se tornaram para a população em geral o local para obtenção de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, independentemente do nível de urgência e da gravidade destas ocorrências.

3.5. Somando a tudo já mencionado, tem-se ainda que a estrutura hospitalar (novos hospitais públicos ou privados) não evolui na mesma proporção do crescimento populacional e da expectativa de vida. Sendo que o aumento da expectativa de vida carrega em si mais um elemento que impacta na emergência e, principalmente, nas internações hospitalares, qual seja: o aumento da demanda de tratamentos relacionados a doenças crônicas (doenças respiratórias, doenças vasculares, tuberculose, sífilis, tumores, etc). Nesses casos, a emergência ministra tratamento para aquela patologia que implica risco de morte, mas o paciente permanece internado para tratar outras patologias que não oferecem risco de morte no curto prazo, mas que expiram cuidados.

3.6. Em relação a doenças crônicas, chamou atenção os relatos dos entrevistados no tocante ao elevado grau de pacientes com tuberculose.

Acolhimento nas Emergências

3.7. Conforme informado pelos gestores hospitalares entrevistados, o acolhimento nas emergências encontra-se no âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH) - Humaniza SUS, que preceitua diretrizes a serem observadas quando do atendimento nas unidades de emergência, bem como nas demais unidades de pronto atendimento (pronto-socorros, assistência pré-hospitalar, etc), quais sejam:

a) acolhimento da demanda por meio de critérios de avaliação de riscos, visando garantir acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
b) comprometimento com a referência e contra-referência, promovendo acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura do paciente, conforme sua necessidade;
c) definição de protocolos clínicos, de forma a evitar intervenções desnecessárias e, com isso, respeitar a individualidade do paciente.

3.8. Nas unidades visitadas, o acolhimento é realizado mediante atendimento inicial por um enfermeiro que realiza aferição dos sinais vitais, verifica a queixa principal, avalia possíveis fatores de risco e o potencial de risco de morte e/ou complicações do paciente. Com base nesse primeiro atendimento, o enfermeiro define prioridades de atendimento por meio de uma classificação de cores: vermelho, pacientes com risco de morte iminente, que devem ser prontamente encaminhados à sala de emergência; amarelo, pacientes urgentes que devem ser atendidos em tempo não superior a duas horas; verde, pacientes que não correm riscos, mas a queixa deve ser resolvida com prioridade oportuna; e azul, pacientes que deveriam ser atendidos na rede básica de saúde.

3.9. Em relação à referência e contra-referência preceituada no PNH, observou-se que esta esbarra nas dificuldades atualmente enfrentadas com a regulação (ver item: Regulação). Assim, com

base nos relatos ouvidos pela equipe, em síntese o que ocorre é que as unidades hospitalares do município do Rio de Janeiro conseguem referenciar pacientes para a rede de atendimento básico, mas nem todas as demais unidades hospitalares do Estado e da União conseguem. As unidades que não conseguem referenciar realizam, apenas, orientação para que o paciente busque o atendimento na rede básica, indicando o local e fornecendo relatório do atendimento prestado. Todavia, ressalta-se que a maior dificuldade estaria na referência e contra-referência de internações e procedimentos de média e alta complexidade.

3.10. No mais, não foi mencionado por nenhum entrevistado a existência de protocolos clínicos de avaliação e classificação de risco, apenas que essa avaliação ficava a cargo do enfermeiro e que, após a classificação realizada, o paciente fica aguardando ser chamado pelo médico para ser atendido.

3.11. Desse fato, se assim ocorrer, questiona-se se não há pacientes sendo encaminhados de forma equivocada a outras unidades de saúde, em virtude da guia de referência estar sendo preenchida com base no primeiro atendimento realizado pela equipe de enfermagem sem suporte em protocolos de avaliação clínicos e/ou supervisão médica.

Coordenação de Emergência Regional

3.12. Com a finalidade de ampliar e qualificar as portas de entradas hospitalares de urgência, o Ministério da Saúde implementou o Programa SOS Emergências, regulado pela Portaria-GM/MS 1.663/2012, cujos objetivos são (art. 2º):

> I - estimular a organização e a implantação da RUE [Rede de Urgência e emergência], buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança de modelo de atenção nos grandes prontos-socorros dos estabelecimentos hospitalares integrados ao SUS;
>
> II - intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS;
>
> III - assessorar tecnicamente a equipe do hospital participante do Programa e oferecer capacitação para aprimoramento da gestão do cuidado ao paciente em situação de urgência e emergência;
>
> IV - apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde; e
>
> V - possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar.

3.13. Essa medida capitaneada pelo Ministério da Saúde se consubstancia na implantação de Coordenações de Emergência Regional (CERs) junto às unidades hospitalares que sejam (art. 3º da Portaria-GM/MS 1.663/2012): referência na sua região, realizando no mínimo dez por cento dos atendimentos aos usuários do SUS em situação de urgência e emergência oriundos de outros Municípios; possuam, no mínimo, cem leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES); estejam aptas a realizar, ao menos, um dos seguintes tratamentos: cardiovascular, neurológico/neurocirurgia, traumato-ortopedia ou ser referência em pediatria; etc.

3.14. Com base nos relatos colhidos nas entrevistas realizadas, a SMS/RJ possui CERs em quase todas as unidades hospitalares municipais de porta aberta e que atendem os requisitos da Portaria-GM/MS 1.663/2012. A exceção ficaria por conta do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF), em decorrência de falta de espaço físico para instalação de uma coordenação desse porte. As unidades hospitalares de porta aberta do Estado e da União ainda não possuem CERs.

3.15. Nas visitas realizadas, um dos gestores entrevistados observou que o Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), que está entre as duas maiores emergência da América Latina,

foi beneficiada com a instalação de uma Coordenação de Emergência Regional. Como resultado, em comparação com as demais unidades visitadas (Hospital Federal do Andaraí, Hospital Municipal Salgado Filho e Hospital Estadual Albert Schweitzer), verificou-se que a emergência do HMSA está melhor equacionada, atendendo apenas pacientes em estado grave.

Atendimento nas emergências

3.16. A entrada do paciente na emergência hospitalar se dá basicamente de dois modos: por meio próprio (após passar pelo acolhimento e classificação de risco) ou levado por uma unidade móvel (SAMU, Bombeiro).

3.17. No âmbito da emergência, o atendimento é realizado nas denominadas "salas vermelhas". Nessas "salas", o paciente (infartado, esfaqueado, baleado, atropelado, etc) recebe primeiro atendimento com objetivo precípuo de estabilizar seu quadro clínico. A partir do momento que o paciente é estabilizado, o médico indica, dependendo do grau de gravidade clínica do paciente, para que tipo de unidade este deverá ser encaminhado, podendo ser: unidades de terapia intensiva, unidades semi-intensivas ou enfermarias. Caso não haja vaga para a unidade indicada pelo médico, o paciente estabilizado fica aguardando seu encaminhamento nas denominadas "salas amarelas".

3.18. Nas visitas realizadas, observou-se a existência de pacientes aparentemente em estado crítico (pacientes em suporte ventilatório invasivo, com cateterismo visical e punção venosa profunda) nas "salas amarelas" junto com outros pacientes de menor gravidade. Nesses casos, questiona-se se os pacientes em estado crítico que estavam nas "salas amarelas" aguardando internação, em unidades de terapias intensivas ou semi-intensivas, não estariam recebendo tratamento adequado.

3.19. Ademais, observou-se que os pacientes atendidos nessas salas são de diversas especialidades clínicas, o que pode resultar em uma perigosa exposição aos pacientes em estado mais grave, como, por exemplo, pacientes infartados junto com pacientes que estejam com alguma doença infectocontagiosa.

3.20. Com isso, a impressão que fica é que, de forma a retirar os pacientes dos corredores das emergências que tanto chocam a opinião pública, estão colocando nas denominadas "salas amarelas", ministrando os cuidados possíveis, mas aquém do ideal, enquanto aguardam o surgimento de vaga na unidade indicada pelo médico. Ou seja, presume-se que, infelizmente, pessoas estão morrendo em decorrência de carência de atendimento adequado por falta de vagas nas unidades de terapia intensiva e semi-intensiva.

3.21. Nesse contexto, verificou-se, em loco, uma das dificuldades apontadas pelos gestores entrevistados: a dificuldade na regulação nas internações c/c a carência de leitos de retaguarda/enfermarias, que ocasiona um enorme entrave para que os leitos das unidades de tratamento intensivo ou semi-intensivo girem na velocidade necessária para atendimento da demanda.

3.22. Em outras palavras, pode-se concluir que os hospitais que possuem emergência, chamados de hospitais de porta aberta, apenas a porta de entrada é aberta, mas a porta de saída é fechada, pois a entrada de pacientes é contínua, mas a saída se dá em ritmo mais lento em razão das dificuldades existentes na regulação de internações c/c carência de leitos de retaguarda/enfermarias.

Internação

3.23. A internação nas unidades hospitalares consiste na disponibilização de um leito em uma enfermaria ou numa UTI para aqueles pacientes que se encontram em estado clínico que inspiram maiores cuidados, podendo ser: em decorrência de grave acidente, de intercorrência médica, de doença crônica, etc.

3.24. De modo ideal, essa disponibilização deveria ocorrer sempre por meio dos complexos reguladores, quer seja estadual ou municipal. Entretanto, conforme se depreende dos relatos ouvidos pela equipe, nem toda internação é regulada.

3.25. As internações via sistema de regulação ocorrem, em síntese, da seguinte forma: o regulador, após identificar a disponibilidade de leito em determinada unidade hospitalar, solicita autorização desta unidade para encaminhar o paciente. Assim, tem-se que a regulação adota um modelo autorizativo. Esse fato foi apontado por alguns gestores como uma das imperfeições do sistema de regulação de leitos atualmente existentes. Isso porque esse modelo finda por limitar a autonomia do gestor do sistema, dificultando a eficiência na gestão dos leitos.

3.26. Para esses gestores o modelo de regulação desejável seria um modelo que fosse determinativo, ou seja, que não dependesse de autorização da unidade hospitalar de destino. Todavia, como os próprios reconhecem, no estágio em que se encontra a regulação no Estado, a aplicação de um modelo determinativo ainda é de difícil realização, visto que: nem todos os leitos estão no sistema, o cadastro dos leitos no CNES é desatualizado e há carência de protocolos clínicos e de regulação.

Carência de leitos de maior complexidade

3.27. A grande questão relatada pelos gestores entrevistados na internação no âmbito das unidades hospitalares se refere à dificuldade de se referenciar para rede hospitalar, isto é, encaminhar o paciente que necessita de atendimento de determinada especialidade médica, que não tem na unidade em que o paciente se encontra, para uma unidade hospitalar terciária ou quaternária que possua tal especialidade, principalmente em oncologia, nefrologia, neurocirurgia e cirurgia cardiológica.

3.28. Idealmente, o paciente que necessite da intervenção de um médico especialista que a unidade não possua é encaminhado, via regulação, para outra unidade hospitalar que possua a especialidade requerida. Nesta unidade é realizado os exames e o médico especialista diagnostica a necessidade ou não de cirurgia. Se o caso for cirúrgico, fica na unidade especialista. Se não for, retorna para a unidade para continuar o tratamento.

3.29. Exemplificando, o paciente chega infartado na emergência de um hospital que não possui especialista em cardiologia. A equipe médica da emergência estabiliza o paciente e constata que ele deve ser encaminhado para uma unidade especializada. Então se pede para central de regulação uma vaga em determinado hospital especializado (INC, IECAC, etc). Chegando à unidade referenciada, são realizados os exames necessários por especialista (cardiologista). Nesse momento se identifica a necessidade ou não de cirurgia. Se for preciso, realiza-se a cirurgia. Caso a intervenção cirúrgica não seja necessária, mas requerer cuidados relacionados à especialidade daquela clínica médica, o paciente é tratado e encaminhado para casa ou, caso necessite tratamento de outras patologias, retorna para a unidade de origem.

3.30. Todavia, o que se percebe, com base nos relatos, é que em decorrência da carência de leitos, principalmente das especialidades de oncologia, nefrologia, neurocirurgia e cirurgia cardiológica, aquele paciente em estado crítico acaba permanecendo tempo além do devido na unidade sem o tratamento adequado. A título de exemplo, para se verificar o quão grave é essa situação, basta imaginar o caso de um acidentado que necessite de avaliação e acompanhamento por um neurocirurgião. Esse paciente, se não for atendido por especialista de forma tempestiva, poderá ter sequelas irreversíveis e, até mesmo, evoluir a óbito.

Desospitalização

3.31. Outra questão apontada pelos gestores entrevistados que repercute na dinâmica da internação é a dificuldade de desospitalizar o paciente, isto é, reduzir o tempo de internação do paciente no hospital.

3.32. Como fator histórico, os gestores entrevistados apontam a mudança do perfil dos pacientes que buscam a assistência hospitalar. Historicamente, com os avanços tecnológicos da medicina, a expectativa de vida da população aumentou e, junto com ela, o número de pacientes que procuram as unidades hospitalares para atendimento de problemas de saúde crônicos.

3.33. Além disso, foram apontados fatores sociais que prolongam desnecessariamente a estadia de pacientes na internação como: população de rua, incapazes abandonados e pacientes sem identificação.

3.34. Para atender essa nova realidade, adequações no sistema de saúde foram sugeridas, dentre elas destacam-se: estabelecimento de casas de apoio (instituições dedicadas ao cuidado de idosos, viciados, etc), aumento do número de leitos de retaguarda (enfermaria), criação e/ou contratação de hospitais de menor complexidade para tratar pacientes crônicos, *home care* (assistência hospitalar no domicílio do paciente).

3.35. Nesse contexto, compreende-se que um efetivo processo de desospitalização proporciona a redução do tempo de internação hospitalar, aumentando o giro dos leitos da unidade, bem assim diminuindo do risco de infecção hospitalar. Assim, tem-se que esse processo é de suma relevância para amenizar o alto impacto que os longos tempos de internação ocasionam ao SUS, consubstanciado na dificuldade de liberar a ocupação de leitos a novos pacientes e que, por fim, repercute em emergências hospitalares congestionadas.

3.36. Pontua-se que para o gestor pleno do Município do Rio de Janeiro um enorme gargalo está na quantidade de "leitos de reabilitação", porém o *déficit* seria mitigado se aumentasse a quantidade e qualidade de oferta de fisioterapia em todas as instituições ambulatoriais e hospitalares. No que tange as UTIs, afirma que mais profissionais especializados são necessários, tais como: intensivista médicos e enfermeiros inseridos em uma linha de cuidados de atenção domiciliar e de leitos de cuidado prolongado, que reduzam os tempos médios de internação nas UTIs, aumentando o giro dos leitos existentes (peça 71).

Cirurgia

3.37. A cirurgia hospitalar não é apontada pelos gestores entrevistado como uma dificuldade da assistência hospitalar no estado. Segundo informado, a estrutura cirúrgica em si (equipamentos e insumos) é adequada. O que ocorre são intercorrências normais da atividade hospitalar como a falta momentânea de determinado insumo, sanável mediante trocas entre unidades hospitalares, e paralisação de equipamentos em virtude de manutenção ou quebra (p. ex., no HFA um tomógrafo havia quebrado por não ter aguentado o peso de determinado paciente).

3.38. Formando um coro uníssono, o que os gestores das 3 esferas (Federal, Estadual e Municipal) apontam como o maior entrave para aumentar o número de procedimentos cirúrgicos é a carência de profissionais médicos, em especial anestesistas, oncologistas, nefrologistas e neurologistas, e a dificuldade de se referenciar e contrarreferenciar pacientes, tanto para leitos pré-operatórios, como para leitos pós-operatórios (leitos de retaguarda).

3.39. Nesse contexto, constata-se que a carência de profissionais combinada com entraves oriundos da regulação e aparente inadequação da quantidade de leitos de internação e de retaguarda (enfermarias) impactam diretamente no giro de leitos e, por conseguinte, na quantidade de cirurgias efetuadas, uma vez que somente se pode submeter paciente a procedimento cirúrgico caso exista leito de internação vago.

3.40. Dessa forma, conforme já comentado (ver subtópico: desospitalização), tem-se premente a há necessidade de se aumentar o número de leitos de retaguarda, incrementar a oferta de vagas em casas de apoio, bem como estender o atendimento domiciliar (*home care*) a pacientes que podem ser desospitalizados. O investimento nessas três linhas possibilitaria a realização de mais cirurgias.

3.41. Ademais, acrescenta-se que no tocante à dificuldade de referenciar pacientes para a realização de cirurgias eletivas, questão elencada como um dos gargalos da assistência hospitalar, os gestores mencionaram que nem todos os leitos que poderiam ser ofertados para regulação são efetivamente postos à disposição do regulador. Em especial, apontam os leitos de alta e média complexidade das universidades, dos institutos federais e, até mesmo, da Rede Sarah. Assim, mais uma vez, verifica-se que a falta de uma regulação estruturada gera ineficiências no sistema de saúde.

3.42. Por fim, os gestores informaram que todos os fatores expostos somados geram filas para a realização de cirurgia e que as cirurgias de baixa complexidade, como hérnia e vesícula, acabam por terem uma fila maior, visto que os pacientes que precisam deste tipo de cirurgia precisam concorrer com os pacientes que necessitam de cirurgias mais complexas.

Exames, Diagnósticos e Ambulatório

3.43. Nenhum dos diretores dos hospitais visitados relatou grande dificuldade em realizar exames e diagnósticos dentro ou fora do hospital (via regulação).

3.44. Segundo os entrevistados, os exames de diagnósticos que possuem maior fila são endoscopia e colonoscopia. Isto se deve ao fato de que os aparelhos são caros e bastante sensíveis e, como são manipulados por diversas pessoas, acabam por se deteriorar. Porém, conforme dito, os gestores não entendem este tema como um problema da assistência hospitalar.

3.45. As principais questões abordadas pelos gestores relativas às consultas ambulatoriais foram: dificuldade de acesso da população às consultas ambulatoriais especializadas; ociosidade das consultas e falta de garantia de acesso da população que busca a emergência como porta de entrada ao SUS.

3.46. Mais uma vez, verifica-se que o problema esbarra na regulação, pois não conseguem otimizar as consultas ambulatoriais existentes, ocasionando ineficiências no sistema. Como exemplo, segue tabela apresentada pelo gestor pleno da Cidade do Rio de Janeiro, em resposta ao Ofício de Requisição 12/2013, em que lista as 10 consultas/procedimentos especializados com maiores pendências.

Tabela 3: Consultas/procedimentos especializados de acordo com a pendência:

Ranking	Consultas/procedimentos	Pendência – Junho/2013	Mês da 1ª solicitação	Tempo Médio de Espera*
1º	Consultas em oftalmologia geral	15.354	Mar/12	121 dias
2º	Exames ultrassonográficos	7.123	Jul/12	364 dias
3º	Endoscopia digestiva alta	4.569	Mai/12	425 dias
4º	Consulta em cirurgia geral – geral	4.268	Fev/12	515 dias
5º	Consulta em urologia geral	2.960	Mai/12	425 dias
6º	Consulta em fisioterapia	2.898	Abr/12	455 dias
7º	Consulta em angiologia geral	2.656	Mar/12	486 dias
8º	Procedimentos ambulatoriais em oftamologia	2.632	Ago/12	333 dias
9º	Consulta em ortopedia geral	2.386	Abr/12	455 dias
10º	Consulta em cardiologia geral	2.158	Abr/12	455 dias

(*) O tempo médio de espera foi calculado considerando que todos os registros de primeira solicitação foram efetuados em 1º/3/2013 (data em que o quadro clínico foi atualizado pelo Sistema) e que estavam pendentes na data de 30/6/2013.

4. Recursos Humanos

4.1. A área de recursos humanos foi apontada pelos gestores entrevistados como o principal problema na assistência hospitalar. A falta de profissionais, principalmente a de médicos, foi relatada como um gargalo do sistema, sobretudo os formados nas seguintes especialidades: anestesista, oncologista, nefrologista, neurologista.

4.2. Atualmente, o setor médico estaria vivenciando um momento de pleno emprego, o que "inflacionou" a contratação de mão de obra, principalmente a de médicos. Segundo informam, a remuneração inicial de mercado dos médicos está, atualmente no Estado do Rio de Janeiro, em torno de R$ 8.200,00.

4.3. Nesse cenário, os salários oferecidos pelo setor público para carreira de médico possuem baixa atratividade, pois o salário inicial para médicos concursados (estatutários) estaria em torno de R$ 1.800,00 para 24hs no âmbito do Município do Rio de Janeiro; de R$ 6.000,00 para 24hs no Estado do Rio de Janeiro; e R$ 3.200,00 para 20hs nos hospitais federais localizados no Estado do Rio de Janeiro.

4.4. Segundo informam os gestores estaduais e federais, o salário dos demais profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, etc) estariam acima da média de mercado.

4.5. Nesse contexto, os salários defasados, a falta de um plano de cargos e salários, aliado a crescente oferta de emprego no mercado privado resultam em elevado índice de evasão, *turn over*, bem como na dificuldade de se efetuar novas contratações.

4.6. De forma a minimizar o problema, os gestores buscam algumas soluções para cobrir este crescente déficit de profissionais. Uma delas é efetuar a extensão de carga horária dos médicos, prática utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Artifício similar é realizado pelos hospitais federais que remuneram os plantões adicionais realizados pelos profissionais (adicional por plantão hospitalar – APH).

4.7. Há também a criação de novos vínculos empregatícios para diminuir a defasagem dos quadros. Nos hospitais visitados, além dos estatutários (municipal, estadual e federal), havia: celetistas concursados; contratados; cooperativados; contratados via fundação estatal e organizações sociais de saúde (OSS).

4.8. Como cada vínculo remunera de forma diferente (de R$ 1.500,00 a R$ 8.000,00), os diretores hospitalares comentaram a dificuldade de gerir os recursos humanos neste ambiente, caracterizado pela comparação remuneratória entre profissionais de similar qualificação. Outro problema indicado estaria na fragilidade de alguns vínculos. Os contratados, por exemplo, não precisam cumprir aviso prévio, o que frequentemente resulta em alteração da escala do plantão de última hora.

4.9. Pelos motivos acima, nos foi narrado, por alguns gestores, a dificuldade de exigirem o cumprimento da carga horária contratual pelos médicos. Informaram, ainda, a resistência por parte dos Conselhos de Classe de se implementar o ponto eletrônico para controle da frequência.

4.10. O absenteísmo também foi apontado como um problema na assistência hospitalar. Neste caso, a ausência mais sentida é a dos enfermeiros. Estes profissionais estão envelhecidos e por causa do grande esforço físico que fazem em decorrência de sua atividade, acabam por solicitar muita licença de saúde o que impacta na prestação do serviço de saúde.

4.11. O envelhecimento dos quadros médicos também preocupa os diretores. Por exemplo, em um dos hospitais visitados, foi estimado que 70% do seu quadro já poderia se aposentar.

4.12. Todos os entrevistados asseguraram que o atual modelo de gestão de pessoas não atende as demandas do setor. Como exemplo, nos foi relatado a subutilização de um determinado

equipamento de alto custo em um dos hospitais da rede, visto que os operadores estariam lotados em outro hospital. Pelo modelo vigente, em virtude de dificuldades burocráticas, torna-se, na prática, muito difícil alterar a lotação destes servidores.

4.13. As dificuldades de gestão também se relacionam a quase inexistência de ferramentas para premiar os bons funcionários e punir os maus. Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, buscando instrumentos para recompensar seus funcionários, pactuou algumas metas para que, se cumpridas, permitem o pagamento de um 14º salário e premiação. Porém, a Secretaria Municipal reconheceu que este instrumento por si só não é capaz de alterar o cenário dos profissionais de saúde.

4.14. Dado os motivos expostos, as Secretarias estão investindo em novos modelos de gestão, principalmente na contratação de OSS para gerir unidades de assistência hospitalar. Tanto a Secretaria Municipal quanto a Estadual ainda não possuem estudos sobre a gestão dessas entidades, uma vez que se trata de novidade no Rio de Janeiro.

4.15. Por fim, outro aspecto pontuado foi relativo a pouca oferta de estágio de medicina em função das restrições impostas pela Lei do Estágio. Este fenômeno acaba por impactar na formação do médico. Para os gestores, a Lei do Estágio deveria prever algumas especificidades para os estudantes da área da saúde.

5. Equipamentos, Medicamentos e Insumos

5.1 A principal questão trazida pelos gestores com relação a equipamentos, medicamentos e insumos se refere à revogação do Decreto 3931/2001 pelo Decreto 7892/2013, uma vez que este limitou a possibilidade de adesão às atas de registro de preço, dificultando, portanto, a aquisição destes itens.

5.2 Esse engessamento é sentido principalmente quando a Administração tem que efetuar uma compra rápida, seja por conta de determinação judicial (judicialização da saúde), por um reforço orçamentário no fim do ano, ou ainda, para a compra de materiais específicos que não são adquiridos em escala (exemplos: materiais cirúrgicos específicos).

5.3 Outras questões trazidas foram: dificuldade de adquirir alguns insumos e medicamentos a preços justos, devido à cartelização de empresas ou pelo fato de alguns insumos estratégicos somente serem oferecidos por poucos fornecedores, como exemplo citaram a hemodiálise.

5.4 Os gestores também abordaram a dificuldade de se adquirir equipamentos que realizam a radioterapia, dado que não há máquina para a pronta entrega. Ressalte-se que, conforme estimativa da defensora pública entrevistada, das pretensões de saúde relacionadas à assistência hospitalar, 70% se refere à busca pelo tratamento de câncer (radioterapia). Logo, este é um gargalo da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro.

5.5 Apesar de os gestores afirmarem que desabastecimentos de insumos e medicamentos acontecem somente de forma pontual, eles reconhecem que ainda é forte a cultura de subestoques nas clínicas médicas, principalmente de insumos, o que sugere que para os profissionais que estão na linha de frente essas faltas não são tão raras.

5.6 Um dos gestores acredita que os insumos de saúde deveriam ser adquiridos de uma forma mais próxima ao que acontece na saúde suplementar, que utiliza o padrão de troca de informação de saúde suplementar (TISS). Conforme consta no site da ANS, esse padrão de troca de informações é:

> [o]brigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde. (http://www.ans.gov.br/espaco-dos-prestadores/tiss, acessado em 19/9/2013)

5.7 Sugere a existência de uma bolsa de mercadoria de insumos de saúde, com cadastro único de insumos e medicamentos efetuado pelo governo, cujas transações e preços ficassem visíveis a todos. A ideia é que o órgão lançasse a intenção de compra e os fornecedores efetuassem a proposta de preço.

5.8 Para este gestor, essa mudança no sistema de aquisição facilitaria a compra destes produtos, o que possibilitaria liberar os servidores que atuam na área de licitação para a atividade fim, qual seja, a prestação de serviço de saúde.

5.9 Importante destacar que somente num dos quatro hospitais visitados apresentavam equipamentos encaixotados, sem instalação. Os equipamentos encontrados encaixotados eram: ultrassonografia e lavadora ultrassônica. Não se sabe precisar a razão para tal fato, mas nos pareceu, em virtude de datas constantes nas caixas, de que aqueles equipamentos já aguardavam instalação há algum tempo, o que pode ser um indício de mau gerenciamento de recursos.

5.10 Apesar de somente de um diretor entender que deve haver renovação do parque tecnológico de seu hospital, e que a falta da atualização dos equipamentos prejudicam o adequado atendimento dos pacientes, todos os outros creem que há pelo menos um equipamento de alto custo que deve ser trocado por um novo.

5.11 Por fim, uma questão trazida por um gestor se refere aos materiais radioativos produzidos para a área da saúde. Conforme por ele relatado, há somente uma fábrica destes materiais no Brasil, que fica localizada em São Paulo. Quando há problemas nesta fábrica, todo o Brasil fica desabastecido. Além disso, lembra-se que por limitação constitucional, a comercialização e utilização de radioisótopos somente é permitida desde que sua meia-vida seja de até, no máximo, 2 horas (art. 21, XXIII, *c*, CRFB), o que dificulta a logística para regiões remotas.

6 Sistemas Informatizados

6.1. Os gestores dos hospitais visitados têm percepções bem diferentes sobre os recursos de tecnologia da informação utilizados. Dois diretores hospitalar, dos quatro entrevistados, acreditam que não há problemas relevantes a serem relatados neste sentido.

6.2. Os outros dois pontuaram vários problemas, quais sejam: baixa velocidade de processamento dos sistemas, instabilidade da rede, inserção inadequada de informações no sistema, suporte técnico inadequado, falta de treinamento da equipe, bem como problemas referentes aos sistemas de faturamento.

6.3. O gestor pleno, qual seja, o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, comenta que faltam informações atualizadas sobre a rede hospitalar, uma vez que os sistemas vigentes, como por exemplo, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), não são alimentados adequadamente.

6.4. Informa também que carece de um sistema que consiga, a partir dos dados extraídos dos vários sistemas, produzir informações que permitam a gestão eficiente dos leitos existentes. Ressalta, inclusive, que está buscando esta solução no mercado.

6.5. Importante notar que cada ente (União, Estado e Município do Rio de Janeiro) possui seu próprio conjunto de softwares a serem utilizados por seus respectivos hospitais, sendo os mais importantes: a) hospitais federais: sistemas hospub e e-sus (gestão assistencial e administrativa); b) hospitais estaduais: sistema Klinikos (controle de estoque, demanda); c) hospitais municipais: Hospub; Fincon (orçamentário), Ergon (recursos humanos).

6.6. Diante dessa profusão de sistemas, cabe destacar a opinião emitida pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro de que, para a regulação ser realmente efetiva, necessita de uma solução tecnológica adequada que propicie “inteligência” na regulação.

7 Estrutura física

7.1. Todos os gestores possuem a percepção de que há problemas nas edificações hospitalares visitadas, o que, segundo eles, impacta negativamente no atendimento aos usuários do sistema.

7.2. Três dos quatros diretores informaram que, por ser um prédio antigo, não conseguem efetuar obras de expansão, refletindo no inadequado fluxo de pessoas. Para eles, os hospitais atendem mais pessoas do que o espaço permite, o que prejudica o acolhimento dos pacientes.

7.3. Os diretores ainda relatam problemas de acessibilidade, hidráulica e elétrica nos edifícios. Comentam ainda que para efetuar reformas precisariam bloquear leitos, o que dificulta a realização de melhorias. Nesse sentido, destaca-se que um dos hospitais visitados se encontrava com mais de 20 % dos leitos bloqueados em função de obras de reforma.

7.4. Abordam, também, deficiência relacionada à hotelaria. Um dos diretores afirmou que a rede deveria investir mais nesta questão, visto que aumentaria a satisfação dos usuários. Quanto a esse ponto, verificou-se que a parte hoteleira de todas as unidades visitadas estão muito aquém do ideal: móveis antigos, colchões desgastados, quartos sem sistema de refrigeração, tampouco com ventiladores, em duas unidades as janelas possuíam grades, banheiros sem porta, falta de cadeiras para acompanhantes, entre outras deficiências. Ou seja, dificilmente é possível se sentir acolhido em um quarto de uma das unidades hospitalares visitadas.

8 Outras Questões

Subfinanciamento

8.1. O subfinanciamento foi apontado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ como um limitador ao objetivo constitucional de se garantir saúde a toda população. Segundo a SES/RJ, o subfinanciamento é sentido principalmente pelos municípios de menor porte e acabam ocasionando um efeito cascata, qual seja, estes municípios não conseguem garantir adequada cobertura na atenção básica (baixa complexidade), o que acaba redundando no aumento da demanda hospitalar (tratamentos de média e alta complexidade).

8.2. Nesse sentido, tem-se que esta população desassistida, quando possui o agravamento dos sintomas, procura um hospital em cidade vizinha. Logo, o município limítrofe também sofre, visto que tem que ofertar serviços mais caros (serviços de média e alta complexidade) à população que não é sua, sem adequada contrapartida financeira, impactando, portanto, na quantidade de recursos que inicialmente teria para atender a sua população.

8.3. Importante destacar que, na assistência hospitalar, parte deste subfinaciamento é gerado pela má administração dos hospitais e Secretarias de Saúde a eles vinculados, visto que há casos de glosas/rejeição de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em função de falhas de preenchimento destas autorizações.

8.4. Neste contexto, destaca-se a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em pactuar com alguns de seus hospitais meta de redução de rejeição de AIHs.

Percepção do Usuário

8.5. A equipe decidiu entrevistar uma defensora pública que atua na área da saúde para obter, ainda que de forma indireta, a percepção do usuário sobre o sistema.

8.6. Segundo a defensora entrevistada, a população não compreende o fluxo de atendimento do SUS. Não sabe qual é o procedimento para ser atendido por um médico especialista, para realização de exame ou ainda para a marcação de uma cirurgia. Não entende ainda qual esfera de poder é responsável pela solução de seu problema.

8.7. No tocante às pretensões de saúde relacionadas à assistência hospitalar, cita as três mais recorrentes, quais sejam: busca pelo tratamento de câncer (radioterapia); procura por vaga em CTI adulto e petição pelo tratamento paliativo de câncer.

9 Boas Práticas

9.1 Na Cidade do Rio de Janeiro foi recentemente instalada Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). Trata-se de um projeto de iniciativa da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro (PGE) e do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, que conta com a participação além da PGE, da Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro, da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro (DPE/RJ), das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, além da Defensoria Pública da União (DPU), única representante federal a participar da ação.

9.2 Inicialmente apenas voltada ao atendimento de queixas sobre remédios, a ideia é ampliar o atendimento para solicitações referentes à marcação de exames e a leitos hospitalares da rede pública, com o objetivo de minimizar a judicialização dessas questões.

9.3 A previsão é de que a DPU e a DPE/RJ realizem o atendimento inicial das questões relativas à saúde na CRLS da seguinte forma: primeiramente verifica se a parte é hipossuficiente, se porta laudo médico e receita emitidos por profissional habilitado vinculado ao SUS, com especificação do medicamento, exame ou qualquer outro procedimento de saúde. Preenchido os requisitos iniciais, o assistido deverá ser encaminhado ao apoio técnico das secretarias municipal ou estadual de Saúde localizadas na própria Câmara para análise técnica da pretensão.

9.4 Com a aprovação do apoio técnico das secretarias, a pessoa será orientada a buscar o atendimento para inscrição no programa público de saúde adequado. No caso de o medicamento, material médico ou insumo, embora padronizado, não estar com estoque regularizado, deverá ser aberto processo de compra, informando-se a DPU e/ou a DPE/RJ a previsão de entrega.

9.5 No caso de divergência, as defensorias poderão suscitar a instauração do procedimento administrativo previsto ou, em ultima instância, de ação judicial para obtenção do direito do assistido. Vale destacar também que, mesmo que haja ação para tutela da pretensão, será possível a inauguração dos procedimentos previstos pela Câmara, a fim de solucionar eventual entrave na satisfação da ordem judicial ou adequar o tratamento às alterações da condição clínica do paciente.

9.6 Por fim, registra-se a informação repassada de que a Advocacia Geral da União (AGU), bem como o próprio Ministério da Saúde, declinaram do convite para participar da CRSL, iniciativa que nos parece de grande importância para, ao menos, amenizar a judicialização da saúde, questão que tanto aflige os gestores, bem assim viabilizar, mediante ação coordenada e integrada, solução administrativa aos pacientes que veem no judiciário a única saída para obter o tratamento que necessitam.

10 Conclusão

10.1 O presente trabalho está inserido no conjunto de ações que o TCU está implementando com o fim de produzir um relatório sistêmico da saúde no Brasil. Nesse contexto, este levantamento teve o objetivo de diagnosticar as principais dificuldades no âmbito da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro.

10.2 Para tanto, o foco principal deste trabalho esteve nas ações e serviços médicos prestados por unidades hospitalares. Todavia, em nenhum momento se perdeu de vista que a assistência hospitalar também compreende ações e serviços de saúde em outras unidades de saúde como: posto médico, ambulatórios, clínicas e policlínicas, unidades de pronto atendimento.

10.3 Com base nos dados e informações coletados, pode-se afirmar que, atualmente, a assistência hospitalar enfrenta duas grandes dificuldades: a primeira relacionada a recursos humanos, notadamente de médicos, e a segunda referente à regulação de leitos.

10.4 A questão de recursos humanos está umbilicalmente ligada à remuneração, muito em razão do momento de mercado que vive a carreira médica, qual seja: a de pleno emprego. Nesse cenário, há uma disputa no setor privado para contratação de médicos que culmina na oferta de salários cada fez mais atrativos para esses profissionais de saúde. Contudo, o setor público – pesado, lento e pouco flexível – não consegue acompanhar tal disputa e, dessa forma, vem enfrentando sérias dificuldades em renovar e manter seus quadros de profissionais médicos.

10.5 De forma a equacionar a questão, novas medidas estão sendo adotadas como extensão de carga horária dos médicos, pagamento extra por plantões adicionais realizados, bem como estão investindo em novos modelos de gestão: contratação de Organizações Sociais de Saúde, concessão hospitalar, instituição de fundação estatal (Governo do Estado do Rio de Janeiro) e de empresa pública de saúde (Governo Federal).

10.6 No tocante à contratação de OSS, instituição de fundação estatal e de empresa pública de saúde para gerir unidades de assistência hospitalar, constatou-se a ausência de estudos de viabilidade econômica de tais modelos, em face da estrutura estatal atualmente existente. No entanto, os gestores foram unânimes em afirmar que o atual modelo estatal está falido, bem assim que enxergam nessas novas alternativas uma saída para os atuais problemas vivenciados, em especial a falta de médicos para atender a população que busca no SUS tratamento de saúde.

10.7 No que se refere à regulação, constatou-se que dos 92 municípios no Estado do Rio de Janeiro, poucos possuem leitos regulados, em razão da inexistência de complexos municipais de regulação.

10.8 Observou-se, também, que o Município do Rio de Janeiro, cidade que tem Complexo Estadual e Municipal de Regulação, possui ineficiência na gestão dos leitos regulados. Além disso, constatou-se que nem todos os leitos estão inseridos nos sistemas de regulação, sendo a maior queixa com relação aos leitos de unidades federais, em especial, leitos dos institutos e universitários.

10.9 Assim, com vistas a contribuir para o aperfeiçoamento da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, entende-se pertinente a realização de auditoria de natureza operacional, com o objetivo de avaliar o grau de inserção e disponibilização de leitos hospitalares pelas unidades federais de assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro ao Sistema Único de Saúde: hospitais e institutos federais vinculados ao Ministério da Saúde, hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação, bem assim Organizações Sociais de Saúde contratadas pela União, como, por exemplo, a Rede Sarah.

10.10 Ademais, chamou atenção da equipe de auditoria a questão da tuberculose, pois observaram-se inúmeros pacientes internados com tal enfermidade. Frise-se que, atualmente, o Estado do Rio de Janeiro possui o maior índice de tuberculose do país.

10.11 Nesse sentido, tendo em vista repasses de recursos federais específicos para combate à tuberculose, vislumbra-se pertinente a realização de auditoria operacional para avaliar a implementação do Programa Nacional de Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro.

11 Proposta de Encaminhamento

11.1 Com base em orientação do Secretário da SecexSaúde, unidade responsável pela elaboração do Relatório Sistêmico de Saúde, e do Coordenador-Geral da Cosocial, abstém-se de sugerir ações de controle que visem o aperfeiçoamento da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro.

11.2 Isto posto, submetem-se os autos à consideração superior propondo o apensamento deste processo ao TC 026.797/2013-5.

À consideração superior.

Secex-RJ/Disau, em 23/9/2013.

(assinado eletronicamente)

Laura Ávila Berlinck (coordenadora)	Fabio Chevitarese de Avila
AUFC, Matrícula 8173-6	AUFC, Matrícula 4581-0